

Ergänzende Bedingungen für eine schwere Erkrankung der Versicherten Person (EB-IRL-DD-2023A)

Guten Tag,

Sie haben in Verbindung mit Ihrer IDEAL RisikoLeben die Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person gewählt. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) beschreiben die Regeln für diese Leistung. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihrer IDEAL RisikoLeben. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel "Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?", auch weiterhin gelten.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?
- § 2 Wann liegt eine schwere Erkrankung vor?
- § 3 Welche Überschüsse erhalten Sie?
- § 4 Wann endet Ihre Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person?
- § 5 Welche weiteren Bestimmungen gelten?

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was zahlen wir, wenn bei der Versicherten Person eine schwere Erkrankung vorliegt?

Wird bei der Versicherten Person während der Laufzeit Ihrer IDEAL RisikoLeben eine schwere Erkrankung gemäß § 2 diagnostiziert, zahlen wir nach Ablauf der Wartezeit einmalig 10 Prozent der Versicherungssumme. Wir zahlen höchstens 50.000 €.

a) Welche Wartezeiten gibt es?

Für die Erkrankungen Krebs (§ 2 Absatz 1), benigner Gehirntumor (§ 2 Absatz 2) und Multiple Sklerose (§ 2 Absatz 6) gilt eine Wartezeit von drei Monaten.

Das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn Ihrer IDEAL RisikoLeben

- erstmalige Symptome auftreten oder
- eine Diagnose der Erkrankung erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz. Dies gilt auch bei einer Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung gemäß § 9 AVB. Eine Wartezeit von drei Monaten gilt ebenfalls erneut bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags (siehe § 17 AVB und § 5 Absatz 3 EB).

b) Was sind die weiteren Voraussetzungen?

- Die Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person kann während der Laufzeit nur einmal in Anspruch genommen werden.
- Die Versicherte Person darf nicht innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose infolge einer schweren Erkrankung gemäß § 2 versterben.
- Die schwere Erkrankung ist nicht auf einen Ausschluss gemäß § 7 und § 8 AVB zurückzuführen.

(2) Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

Es gilt § 1 Absatz 4 der AVB für Ihre IDEAL RisikoLeben.

§ 2 Wann liegt eine schwere Erkrankung vor?

(1) Krebs

a) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch bösartige Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass

- die Diagnose durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien zytologischen - Befundes bestätigt ist und
- kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 1 c) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, und
- die Wartezeit nach § 1 Absatz 1 a) abgelaufen ist.

c) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut),
- In-situ Krebs oder prämaligne und nicht-invasive Formen,
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
- Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums I (TNM Klassifikation, UICC, Stand 2019) und alle Basaliome sowie alle Hautkrebsformen, die kein Melanom sind. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzellentransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.
- Alle neuroendokrinen Tumore (NETs) und neuroendokrinen Neoplasmen (NENs) der histologisch nachgewiesenen Einstufung G1, PanNETG1, T1N0M0 (UICC, Stand 2019) oder niedriger.

(2) Benigner Gehirntumor

a) Benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist eine nicht bösartige, aber lebensbedrohliche Neubildung von Gewebe im Gehirn.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines benignen Gehirntumors ist, dass

- das Vorliegen eines Tumors durch CT (Computertomografie), MRT (Magnetresonanztomografie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
- schwere Folgen des Tumors, wie zum Beispiel Erhöhung des Hirndrucks, Neuauftreten von epileptischen Anfällen oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen, objektiv nachgewiesen werden und zusätzlich entweder:
 - der Tumor durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt wurde oder
 - die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder
 - nur noch eine palliative Behandlung möglich ist, und
- kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 2 c) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist und
- die Wartezeit nach § 1 Absatz 1 a) abgelaufen ist.

c) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Zysten, Verkalkungen, Granulome, Hämatome sowie Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns.

(3) Herzinfarkt

a) Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass

- für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- neu aufgetretene EKG (Elektrokardiografie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
- ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zugrunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 Prozent oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens einen Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist und
- kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 3 c) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

c) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- Herzinfarkte unbestimmten Alters,
- Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z. B. durch eine koronare Angiografie oder eine koronare Angioplastie.

(4) Schlaganfall

a) Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer Blutung innerhalb des Hirnschädels.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Schlaganfalls ist, dass

- das Vorliegen eines Schlaganfalles durch CT (Computertomografie), MRT (Magnetresonanztomografie) oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
- der Schlaganfall zu einem neurologischen Defizit führt, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
- Die Versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
- Die Versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße -, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die Versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- Bei der Versicherten Person liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehzentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalles beider Augen vor. Es muss beidseits mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist durch einen Augenarzt zu bestätigen.

und

- die Beurteilung, ob die unter b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, erfolgt frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall.

(5) Chronisches Nierenversagen

a) Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von chronischem Nierenversagen ist der Beginn der Dialysebehandlung bzw. eine erfolgte Nierentransplantation.

(6) Multiple Sklerose

a) Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomografie), MRT (Magnetresonanztomografie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
- eine durch diese Entmarkungsherde erklärbare neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und
- das Vorliegen der Erkrankung durch einen Neurologen bestätigt wird und
- die Wartezeit nach § 1 Absatz 1 a) abgelaufen ist.

(7) Schwere Sehbeeinträchtigung

a) Schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, unumkehrbare, weitgehende Verlust der Sehschärfe aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer schweren Sehbeeinträchtigung ist, dass

- die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln weniger als 0,1 beträgt oder das Sehfeld je Auge auf weniger als 20 Grad beschränkt ist und
- nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch eine Behandlung, ein Implantat oder andere Hilfsmittel nicht derart verbessert werden kann, dass die Sehschärfe auf einem Auge mindestens 0,1 und das Sehfeld auf einem Auge mindestens 20 Grad betragen würde.

(8) Taubheit

a) Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der unumkehrbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.

b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Taubheit ist, dass nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit nicht durch eine Behandlung, ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

(9) Verlust der Sprache

a) Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und unumkehrbare Verlust des Sprechvermögens aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.

- b) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Verlusts der Sprache ist, dass
- der Verlust über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten besteht und
 - nach allgemeiner medizinischer Meinung nicht durch eine Behandlung, ein Implantat oder andere Hilfsmittel das Sprechvermögen ganz oder teilweise wiederhergestellt werden kann und
 - kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 9 c) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.
- c) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen der Verlust der Sprache auf psychischen Ursachen beruht.

§ 3 Welche Überschüsse erhalten Sie?

(1) Was gilt für beitragspflichtige Verträge?

Die Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person erhält die gleiche Form der Überschussbeteiligung wie die Hauptversicherung.

Der Teilbeitrag für Ihre Zusatzleistung erhält auch einen Sofortrabatt gemäß § 5 Absatz 3 a) AVB. Die Höhe kann aber vom Sofortrabatt auf den Tarifbeitrag Ihrer Hauptversicherung abweichen.

(2) Was gilt für beitragsfreie Verträge?

Einen Todesfallbonus zahlen wir für die Zusatzleistung nicht.

§ 4 Wann endet Ihre Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person?

Die Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus Ihrer IDEAL RisikoLeben (Hauptversicherung) endet.
- die Versicherte Person stirbt.
- wir die Leistung gemäß § 1 ausgezahlt haben.
- Sie die Zusatzleistung kündigen. Einen Rückkaufswert zahlen wir nicht.

§ 5 Welche weiteren Bestimmungen gelten?

(1) Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Die Zusatzleistung bei einer schweren Erkrankung der Versicherten Person bildet mit Ihrer IDEAL RisikoLeben (Hauptversicherung) eine Einheit. Das bedeutet, die Zusatzleistung kann ohne die Hauptversicherung nicht bestehen. Für die Zusatzleistung gelten diese EB sowie die AVB für Ihre IDEAL RisikoLeben. Dies gilt insbesondere für die Regeln zu Ausschlüssen sowie zu Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten).

(2) Was passiert, wenn Sie den Versicherungsschutz Ihrer Hauptversicherung ändern?

Wenn Sie Ihre IDEAL RisikoLeben ändern, ändert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzleistung entsprechend. Es gelten die Regelungen der §§ 9,10 und 17 AVB.

(3) Was passiert, wenn Sie Ihre Beiträge beitragsfrei stellen oder verringern?

Wenn Sie die Beiträge zur Hauptversicherung beitragsfrei stellen oder verringern (siehe § 17 Absatz 1 bis 3 AVB), zahlen Sie auch keine bzw. verringerte Beiträge für die Zusatzleistung. Die Höhe Ihrer Zusatzleistung verringert sich entsprechend. Dabei kann sich auch das Verhältnis zwischen Versicherungssumme der Hauptversicherung und Zusatzleistung ändern.

Die beitragsfreie bzw. reduzierte Summe Ihrer Zusatzleistung muss mindestens 2.000 € betragen. Ist dies nicht erfüllt, erlischt Ihre Zusatzleistung.

Nehmen Sie die Beitragszahlung wieder auf, berechnen wir Ihre Beiträge und Leistungen für die Zusatzleistung neu. Wir verwenden dabei die Grundlagen (§ 20 AVB) wie bei Abschluss Ihrer IDEAL RisikoLeben.

Nach einer Beitragsfreistellung oder Verringerung Ihrer Beiträge von mehr als 12 Monaten ist für die Erhöhung eine erneute Risikoprüfung erforderlich. Das Ergebnis der Risikoprüfung kann sich auf die Vertragsgestaltung auswirken.

Eine separate Beitragsfreistellung der Zusatzleistung ist nicht möglich.

(4) Was gilt, wenn Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Kündigung wiederherstellen?

Es gilt § 16 Absatz 3 AVB. Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 1 a) beginnt erneut.